

# INQUÉRITO EM PACIENTES SUBMETIDAS A EPI-SIOTOMIA OU COM LACERAÇÕES PERINEAIS

*SURVEY IN PATIENTS SUBMITTED TO EPISIOTOMY OR WITH PERINEAL LACERATIONS*

Giulia A. Dessanti<sup>1</sup>; Carlos P. Nunes<sup>2</sup>; Marcus J. A. Vasconcellos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Aluna do Curso de Medicina do UNIFESO; <sup>2</sup>Professor do Curso de Medicina do UNIFESO

## RESUMO

**Introdução:** A episiotomia é o procedimento cirúrgico eletivo mais comum na Obstetrícia. É realizada em muitos países como rotina, apesar das evidências científicas atuais não suportarem esta prática. Quando rotina tem objetivo de evitar injúria ao esfíncter anal, trauma perineal, prolapso genital e incontinência urinária e fecal, acelerar o parto e reduzir o risco de trauma neonatal. **Objetivos:** Comparar a não opção pela episiotomia, correndo risco de lacerações do trajeto e a dor perineal no pós-parto imediato. **Métodos:** foram aplicados questionários em 131 pacientes nas primeiras horas pós-parto. Um grupo havia realizado episiotomia e o outro, sem a cirurgia, cursou com lacerações perineais. Perguntas sobre o conhecimento da episiotomia, e aplicação de escala de dor já reconhecida pela literatura. **Resultados:** podemos observar que o percentual de pacientes que sabiam o motivo da episiotomia foi muito baixo (26%), demonstrando uma falha muito grande no pré-natal. Outro fato é que somente 15% das pacientes foram questionadas sobre o desejo de realizar a episiotomia. Além disso a metade das pacientes receberam informações sobre as indicações da cirurgia durante o período expulsivo. Quanto ao componente algíco perineal, ficou claro que o desconforto é três vezes maior no grupo episiotomia, apesar das complicações graves no trajeto mole serem bem mais comuns no grupo onde se abriu mão da mesma. **Conclusão:** Evidenciou-se que a episiotomia deve ser restrita a casos especiais, mas não devemos esquecer que a dispareunia, a incontinência urinária e o prolapso genital podem aparecer no futuro das mulheres que não realizaram a episiotomia.

**Descritores:** episiotomia, puerpério, período pós-parto, parto humanizado.

## ABSTRACT

**Introduction:** Episiotomy is the most common elective surgical procedure in Obstetrics. It is performed in many countries routinely, although current scientific evidence does not support this practice. When routinely aimed to prevent anal sphincter injury, perineal trauma, genital prolapse and urinary and fecal incontinence, accelerate labor and reduce the risk of neonatal trauma. **Objectives:** To compare the non-option for episiotomy, at risk of lacerations of the path, and perineal pain in the immediate postpartum. **Methods:** Questionnaires were administered to 131 patients in the first hours after delivery. One group had an episiotomy and the other, without surgery, had perineal lacerations. Questions about knowledge of episiotomy, and application of pain scale already recognized in the literature. **Results:** We observed that the percentage of patients who knew the reason for the episiotomy was very low (26%), demonstrating a very large prenatal failure. Another fact is that only 15% of the patients were asked about the desire to perform episiotomy. In addition, half of the patients received information about surgery indications during the expulsive period. Regarding the perineal pain component, it was clear that the discomfort is three times greater in the episiotomy group, although severe complications in the soft path were much more common in the group where it was relinquished. **Conclusion:** It was evident that episiotomy should be restricted to special cases, but we must not forget that dyspareunia, urinary incontinence and genital prolapse may appear in the future of these women who did not have episiotomy.

**Keywords:** episiotomy, puerperium, postpartum period, humanizing delivery.

## INTRODUÇÃO

A episiotomia é o procedimento cirúrgico eletivo mais comum na Obstetrícia, sendo que a primeira descrição de sua utilização foi em 1741.<sup>1-4</sup> Consiste na secção do períneo e vagina, com o intuito de ampliar a porção inferior do canal do parto, o ânus vulvar e o tecido perineal durante o estágio de expulsão fetal. Os tipos mais frequentemente utilizados são a episiotomia mediana (EM) e a episiotomia médio-lateral (EML), pela facilidade na técnica e menor chance de complicação da extensão da incisão.<sup>2,4-7</sup>

Esta incisão é realizada em muitos países como um procedimento dentro da rotina diária de cuidados do parto, apesar do fato de que as evidências científicas atuais não suportem seu uso rotineiro.<sup>(2,5)</sup> O emprego desse procedimento está atualmente em discussão.

Ideologicamente, tem o objetivo de evitar injúria ao esfíncter anal, trauma perineal, prolapso genital e incontinência urinária e fecal, acelerar o parto e reduzir o risco de trauma neonatal.<sup>1-3,7,8</sup> Esta profilaxia, segundo os cirurgiões, justificaria a dor acarretada pela incisão e eventuais complicações locais.<sup>8</sup> Também tem sido argumentado que uma incisão cirúrgica controlada é geralmente mais fácil de reparar, quando comparada com uma laceração espontânea e apresenta melhor resultado na cicatrização.<sup>2,7</sup>

Contudo, vários estudos têm demonstrado que não há grandes vantagens na episiotomia de rotina, sendo até mesmo encontradas associações entre o procedimento e dispareunia, risco de lacerações perineais severas, hematoma perineal, fistulas, infecções, deiscência, reconstrução insatisfatória, incontinência urinária e dor generalizada.<sup>1,4,5,7-9</sup> O procedimento também não previne lesões no polo cefálico fetal ou melhora no escore de APGAR e é relacionado a um custo excessivo.<sup>4,5,7</sup>

A única real evidência a favor do uso sistemático da episiotomia foi uma diminuição do risco de traumatismo perineal anterior, contudo, vale lembrar que este tipo de laceração normalmente cursa com menos sangramento, não necessita de sutura na maioria dos casos e é menos doloroso que os traumas de períneo posterior.<sup>10,11</sup>

Existem 4 tipos de laceração perineal, sendo consideradas como lacerações graves as de terceiro e quarto grau.<sup>4,5,7</sup>

- Primeiro grau: laceração superficial da mucosa da vagina, que pode se estender para a pele no introito vaginal. Não há nenhum tecido profundo envolvido e o reparo pode não ser necessário.
- Segundo grau: laceração que envolve mucosa vaginal e o corpo perineal, pode se estender para os músculos transversais do períneo. É o grau alcançado com uma episiotomia e necessita reparo.
- Terceiro grau: laceração que se estende para o músculo do períneo e pode envolver ambos os músculos perineais transversais e também o esfíncter do ânus. Não compromete a mucosa retal.
  - 3a – < 50% do esfíncter anal externo (EAE).
  - 3b – > 50% do EAE.
  - 3c – esfíncter anal interno (para além de rotação completa do EAE).
- Quarto grau: envolve a mucosa retal.

A realização de episiotomia seletiva está associada a menor trauma perineal posterior, menor necessidade de sutura e menor chance de complicações, sem diferença na intensidade da dor e trauma vaginal ou perineal grave quando comparada à episiotomia rotineira, já que algumas mulheres são submetidas a incisões desnecessárias e suas complicações e morbidade associadas.<sup>2,6,7,12</sup> Portanto, há uma tendência para reduzir o uso do procedimento e limitá-lo para indicações específicas.

Um estudo realizado no estado de Sergipe, Nordeste do Brasil avaliou 456 pacientes que apresentavam parto vaginal, a episiotomia foi realizada em 43,9% delas. Constatou-se também que as mulheres com três ou mais partos precedentes estavam em um risco mais elevado de sofrer a episiotomia do que aquelas com um ou dois partos precedentes. As chamadas "boas práticas" recomendadas para a condução do parto foram utilizadas em menos de 30% das mulheres, enquanto intervenções que não deveriam ser utilizadas rotineiramente, devido à falta de evidências que apoiaram a necessidade e/ou devido a danos comprovados, como a episiotomia, foram frequentemente realizadas. Outro estudo brasileiro detectou que as "boas práticas" são utilizadas em menos de 50% dos partos e intervenções como a episiotomia ainda são amplamente praticadas (56%).

Embora existam evidências de que a episiotomia de rotina não apresente benefícios de curto ou longo prazo para parturientes quando

comparada ao seu uso restritivo, a frequência dessa intervenção foi de 40,6%, bem acima dos 10% preconizados pelo OMS, e mais frequente entre as mulheres mais jovens.<sup>12</sup>

As taxas relatadas de episiotomia variam em diferentes estudos desde 2000, tão baixas quanto 9,7% (Suécia) a tão altas quanto 100% (Taiwan). Na Ásia, as taxas de episiotomia relatadas em 2005 variaram de 42-98%. Na China, a taxa estimada era 82%, no Vietnã em 2013 e em Hong Kong em 2006, mais de 85%.

Estima-se que o procedimento seja empregado em 62,5% do total de partos nos Estados Unidos e em cerca de 30% na Europa. O Ministério da Saúde do Brasil, apesar de recomendar o seu uso seletivo, não determina a taxa ideal a ser atingida. Estima-se, por alguns autores, que uma frequência ótima deveria situar-se entre 10 a 30% do total de partos vaginais.<sup>8</sup>

## OBJETIVO

Analisar a sintomatologia algica relacionada com a episiotomia no período pós-parto das pacientes, procurando avaliar o real benefício do emprego desta técnica, comparando com as pacientes que não foram submetidas à cirurgia, mas cursaram com lacerações perineais com posterior sutura.

## MÉTODOS

A revisão bibliográfica foi feita com base no tema escolhido, sendo selecionados artigos,

compreendidos no período de 2003 a 2018 e provenientes das plataformas PubMed, Scielo, LILACS e Cochrane. Os descritores utilizados na busca foram episiotomy, episiotomies, postpartum; sendo também aplicados os filtros de “texto completo”, “humanos”, “inglês”, assunto principal “episiotomia” e “revisões sistemáticas”. Os critérios de exclusão foram trabalhos que não fossem realizados em seres humanos, assim como os que não permitiam acesso ao texto completo.

O presente estudo do tipo transversal foi realizado na enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Otaviano (HCTCO), entre 26 de setembro de 2018 e 26 de setembro de 2019.

Após aprovação no Comitê de Ensino e Pesquisa da UNIFESO sob o registro CAE 02375718.7.0000.5247, e com o termo de consentimento livre e esclarecido assinado, foram aplicados questionários em pacientes submetidas ao parto pela via vaginal, constituindo dois grupos: grupo de pacientes com episiotomia e grupo onde ela não foi indicada, mas lacerações diversas no trajeto mole foram encontradas. O objetivo principal do questionário foi o componente algico da paciente, com a utilização do instrumento chancelado por McGILL para avaliação do índice da dor. O questionário é apresentado abaixo.

## QUESTIONÁRIO

- |  |                 |
|--|-----------------|
| 1- Você sabe o que é episiotomia?                                      | Sim ( ) Não ( ) |
| 2- Já fez esse procedimento outras vezes?                              | Sim ( ) Não ( ) |
| 3- Você foi questionada sobre a vontade de fazer episiotomia?          | Sim ( ) Não ( ) |
| 4- Você foi informada sobre a possível necessidade desse procedimento? | Sim ( ) Não ( ) |

### NÍVEL DA DOR

- |                                       |                 |
|---------------------------------------|-----------------|
| 1- Você está sentindo dor no perineo? | Sim ( ) Não ( ) |
|---------------------------------------|-----------------|

Se sim, responder o questionário (TABELA 1):

TABELA 1 – Proposta de adaptação do questionário de dor de McGILL para a língua Portuguesa (São Paulo 1995)

Quais as palavras que melhor descrevem a sua dor. Escolha somente uma em cada grupo, ou seja a mais adequada para a descrição da sua dor

|          |            |            |           |         |
|----------|------------|------------|-----------|---------|
| Vibração | tremor     | pulsante   | latejante | pancada |
|          | Pontada    | choque     | tiro      |         |
| Agulhada | perfurante | facada     | em lança  |         |
| Fina     | cortante   | estraçalha |           |         |

Beliscão aperto mordida cólica esmagamento  
 Fisgada torção puxão  
 Queima fervente em brasa  
 Formigamento coceira ardor ferroadada  
 Mal localizada dolorida machucada doída pesada  
 Sensível esticada esfolante rachando  
 Cansativa exaustiva  
 Enjoada sufocante  
 Amendrontadora apavorante aterrorizante  
 Castigante atormenta cruel maldita mortal  
 Miserável enlouquecedora  
 Chata que incomoda desgastante forte insuportável  
 Espalha irradia penetra atravessa  
 Aperta adormece repuxa esprema rasga  
 Fria gelada congelante  
 Aborrecida com náuseas agonizante pavorosa torturante

QUADRO 2 - Proposta de adaptação do Questionário de dor de McGILL para a língua portuguesa. São Paulo, 1995.

ALGUMAS PALAVRAS QUE EU VOU LER DESCREVEM A SUA DOR ATUAL. DIGA-ME QUAIS PALAVRAS MELHOR DESCREVEM A SUA DOR. NÃO ESCOLHA AQUELAS QUE NÃO SE APLICAM. ESCOLHA, SOMENTE UMA PALAVRA DE CADA GRUPO. A MAIS ADEQUADA PARA A DESCRIÇÃO DE SUA DOR.

|                |                |                  |                  |              |
|----------------|----------------|------------------|------------------|--------------|
| 1              | 5              | 9                | 13               | 17           |
| 1-vibração     | 1-beliscão     | 1-mal localizada | 1-amedrontadora  | 1-espalha    |
| 2 -tremor      | 2-aperto       | 2-dolorida       | 2-apavorante     | 2-irradia    |
| 3-pulsante     | 3-mordida      | 3-machucada      | 3-terrorizante   | 3-penetra    |
| 4-latejante    | 4-cólica       | 4-doída          |                  | 4-atravessa  |
| 5-como batida  | 5-esmagamento  | 5-pesada         | 14               |              |
| 6-como pancada |                |                  | 1-castigante     | 18           |
|                | 6              | 10               | 2 -atormenta     | 1-aperta     |
| 2              | 1-fisgada      | 1-sensível       | 3-cruel          | 2-adormece   |
| 1-pontada      | 2-puxão        | 2-esticada       | 4-maldita        | 3-repuxa     |
| 2-choque       | 3-em torção    | 3-esfolante      | 5-mortal         | 4-espreme    |
| 3-tiro         |                | 4-rachando       |                  | 5-rasga      |
|                |                |                  | 15               |              |
| 3              | 1-calor        | 11               | 1-miserável      | 19           |
| 1-agulhada     | 2-queima       | 1-cansativa      | 2-enlouquecedora | 1-fria       |
| 2-perfurante   | 3-fervente     | 2-exaustiva      |                  | 2-gelada     |
| 3-facada       | 4-em brasa     |                  | 16               | 3-congelante |
| 4-punhalada    |                | 12               | 1-chata          |              |
| 5-em lança     | 8              | 1-enjoada        | 2-que incomoda   | 20           |
|                | 1-formigamento | 2-sufocante      | 3-desgastante    | 1-aborrecida |
| 4              | 2-coceira      |                  | 4-forte          | 2-dá náusea  |
| 1-fina         | 3-ardor        |                  | 5-insuportável   | 3-agonizante |
| 2-cortante     | 4-ferroadada   |                  |                  | 4-pavorosa   |
| 3-estrapalha   |                |                  |                  | 5-torturante |

| Número de Descritores | Índice de Dor   |
|-----------------------|-----------------|
| Sensorial.....        | Sensorial.....  |
| Afetivo.....          | Afetivo.....    |
| Avaliativo.....       | Avaliativo..... |
| Miscelânea.....       | Miscelânea..... |
| TOTAL.....            | TOTAL.....      |

INFORMAÇÕES GERAIS COLHIDAS DO PRONTUÁRIO

- \* Houve episiotomia Sim ( ) Não ( )  
 \* Houve laceração? Sim ( ) Não ( )  
 Se sim, qual grau? \_\_\_\_\_  
 \* Alguma complicação no parto? Sim ( ) Não ( )  
 Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
 \* Qual a indicação da episiotomia? \_\_\_\_\_ ( ) Não informada

Os resultados foram apresentados sob a forma descritiva, sem nenhuma preocupação com as variáveis que podem intervir no processo.

## RESULTADOS

Durante o período estudado, foram entrevistadas 131 pacientes, que após concordarem com a pesquisa, responderam a questões gerais e ao questionário MCGILL. Entre elas 34 foram submetidas a episiotomia como rotina, e as respostas gerais foram respondidas da seguinte forma:

- 35% sabiam o que era a episiotomia;
- 8,8% já haviam experimentado a cirurgia;
- 35% foram questionadas se desejavam fazer o procedimento;
- 70% foram informadas da necessidade da realização da episiotomia (38% para “ajudar na saída do bebê”).

Quanto aos sintomas algícos encontramos nos componentes sensoriais cerca de 30% das pacientes informando dor com incomodo significativo, passando de sensibilidade até dor insuportável.

Vale informar que mesmo com a ampliação cirúrgica do canal do parto aconteceram lacerações em 11% das pacientes, e a principal complicação da episiotomia foi o prolongamento até fundo de saco.

No grupo onde a proposta não foi a episiotomia como rotina (97 pacientes), as respostas as perguntas gerais foram:

- 23% sabiam o que era uma episiotomia;
- 48% já haviam sido submetidas ao ato operatório;
- 8% foram questionadas se desejavam a episiotomia;
- 39% foram informadas de uma possível necessidade da realização da cirurgia.

Também analisando o componente algíco (escala sensorial) observamos que somente 10% das pacientes se incomodavam com a região perineal. No entanto somente 28% dos casos cursaram sem nenhuma laceração de trajeto mole.

Nos casos onde a laceração se fez presente, mesmo não sendo a dor a principal dificuldade, aconteceram lacerações parauretrais, prolongamento em direção ao ânus e lábios vaginais.

A TABELA 2 resume os resultados da pesquisa.

|                             | Com episiotomia (%)<br>n = 34 | Sem episiotomia (%)<br>n = 97 | TOTAL<br>n = 131 |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------|
| Sabiam o que era EPT        | 35                            | 23                            | 26               |
| Caso com EPT anterior       | 8,8                           | 48                            | 38               |
| Perguntado se queria EPT    | 35                            | 8                             | 15               |
| Sabia da necessidade da EPT | 70                            | 39                            | 47               |
| Sintomas algícos perineais  | 30                            | 10                            | -----            |
| Complicações                | 11                            | 10                            | -----            |

## DISCUSSÃO

Os primeiros parágrafos deste capítulo devem ser dedicados aos nossos resultados. Em relação às perguntas gerais podemos observar que o percentual de pacientes que sabiam a razão de uma episiotomia foi muito baixo (26%), demonstrando uma falha muito grande no pré-natal. Aquele era o momento onde todas as explicações relacionadas com o parto deveriam ser dadas.

Outro fato que devemos criticar e modificar urgentemente, até sob o ponto de vista médico-legal, é que somente 15% das pacientes foram questionadas sobre o desejo de realizar a episiotomia. Além disso, a metade das pacientes recebeu informações sobre as indicações da cirurgia durante o período expulsivo.

Quanto ao componente algíco perineal, motivo deste trabalho, ficou claro que a possibilidade de um desconforto significativo é três vezes maior no grupo episiotomia, apesar de que as complicações graves no trajeto mole foram bem mais comuns no grupo onde se abriu mão da mesma.

O trabalho de Beleza et al.<sup>13</sup> seguiu a mesma proposta que nossa observação, e com 50 mulheres submetidas a episiotomia, mensuraram a dor perineal e as limitações impostas por ela, lançando mão da escala de MCGILL. A média de dor perineal encontrada foi cinco. As categorias *sensorial* e *avaliação subjetiva* foram as mais selecionadas no questionário. A dor perineal foi caracterizada como latejante, que repuxa, que esquenta, ardida, dolorida, chata, incomoda, que prende e que deixa tensa. Sentar, deitar e deambular foram as atividades mais envolvidas.

Quando comparamos estes dados com a literatura, encontramos estudos de casos relacionados com persistência da dor perineal após a alta do parto. Com 128 primíparas tailandesas, submetidas a episiotomia, que compareceram ao check-up com 3 meses, um grupo de 93 participou da avaliação. Destas, 30,1% relataram dispareunia. Estudos em mulheres não asiáticas demonstraram que 4-58% delas cursaram com dispareunia aos 3 – 6 meses.<sup>14</sup>

A dor pós-parto em pacientes submetidas ao parto vaginal pode ser causada pela contração uterina e ferida perineal.<sup>1</sup> Muitos autores associam a episiotomia a um nível maior de dor e a extensão do dano tecidual contribui para uma subsequente cronificação da dor.<sup>14,15</sup> Estudos sugerem que entre 13-23% das mulheres, a dor persista até 6 semanas de pós-parto.<sup>15</sup> Portanto, a episiotomia de rotina não diminui a dor.<sup>1,10</sup>

Uma pesquisa com 78 pacientes submetidas a episiotomia, com acompanhamento por 5 meses após o parto, revelou que 12,6% das pacientes reportaram história de dor crônica, sendo que 34,6% das mulheres relataram dor ao redor do sítio da episiotomia com dois meses pós-parto e 12,8% dor até com cinco meses. Entretanto nenhuma das pacientes se queixou de qualquer limitação em suas atividades diárias. Os resultados sugeriram que a cronificação da dor está associada com a dor relatada em 24 e 48h de pós-parto, parto assistido e complicações da episiotomia. Sendo que a dispareunia pode ter um efeito negativo ou ser a manifestação da cronificação da dor.<sup>15</sup>

O estudo realizado em uma maternidade de Taipei, em Taiwan demonstrou que o score de intensidade da dor para o grupo não submetido a episiotomia foi significativamente menor na primeira e segunda semana pós-parto. A intensidade da dor diminuiu rapidamente durante a primeira semana e continuou diminuindo entre a primeira e segunda para todas as mulheres. As mulheres não submetidas a episiotomia atingiram um platô na segunda semana, enquanto os scores das submetidas diminuíram gradualmente entre a segunda e sexta semanas, atingindo um platô na sexta. Não houve diferença significativa nos scores de dor nos dias 1 e 3, na sexta semana ou nos 3 meses pós-parto. Os resultados mostraram que mulheres sem episiotomia tiveram menos dor entre as semanas 1 e 6.<sup>1</sup>

Em defesa da episiotomia encontramos um artigo de Bertozzi et al.<sup>16</sup> em que estudou-se o

papel da episiotomia como fator protetor aos distúrbios do assoalho pélvico pós-parto. Comparações entre o uso restritivo e rotineiro da episiotomia na literatura existente, no entanto, deixam de incluir qualquer consideração relacionada a qualidade de vida após 6 meses pós-parto. Foram realizadas consultas telefônicas com 377 primíparas e secundíparas, onde a episiotomia ocorreu em 59,2% das mulheres. Os autores concluíram que a episiotomia parece ser um fator protetor para o bem-estar das mulheres, quando aventados sintomas perineais.

Yamasato et al.<sup>17</sup> defendem esta premissa, admitindo que há relativamente pouca informação para uso restrito da episiotomia, e procuraram examinar lesões maternas e neonatais com o mesmo. Foi realizada uma análise retrospectiva do banco de dados de partos vaginais em uma maternidade terciária durante o período de 5 anos. Lesões maternas (lacerações de terceiro e quarto grau) e lesões neonatais foram identificadas em 22.800 partos. A taxa de episiotomia foi 6,7% no total e 22,9% no parto vaginal operatório. Os coeficientes de chances ajustadas demonstraram uma contínua associação entre não episiotomia e doença materna [OR 1,67 (1,39-2,05)] e lesões neonatais [OR 1,43 (1,17-1,73)].

Os autores concluem que a ausência da episiotomia continua está associada ao aumento de lacerações de terceiro e quarto graus com seu uso restrito, principalmente em partos vaginais espontâneos.

Apesar da crença de que a episiotomia previne o desenvolvimento da incontinência urinária, estudos demonstram que não há diferença significativa entre seu aparecimento nas mulheres submetidas ou não a episiotomia. De modo que a aplicação rotineira dessa técnica não previne incontinência urinária.<sup>1</sup>

Uma pesquisa com 78 pacientes submetidas a episiotomia revelou que 21,8% relataram incontinência urinária.<sup>15</sup>

O estudo em Taiwan demonstrou que aos 3 meses, o score de incontinência urinária no grupo com episiotomia foi significativamente maior, mas não foi observada diferença significativa nas semanas 1, 2 e 6 de pós-parto. Os scores de ambos os grupos aumentaram até a segunda semana, e depois diminuíram na sexta. Depois da sexta, os scores continuaram diminuindo no grupo sem episiotomia e crescendo

no outro. Houve um score significativamente maior de incontinência urinária nas mulheres com episiotomia.<sup>1</sup>

Durante o parto, os músculos perineais podem sofrer lacerações. Existe a hipótese de que o manejo perineal durante o parto está relacionado a função perineal subsequente a longo prazo. Portanto, com um manejo adequado pode-se impedir complicações como incontinência de esforço e relaxamento dos músculos pélvicos.<sup>10</sup>

Nenhuma pesquisa de qualidade adequada demonstrou que a realização de episiotomia reduziria o risco de laceração retal ou diminuiria seu tempo de cicatrização. Em geral, esses pesquisadores concluíram que não há diferenças no desempenho muscular perineal ou sinais de relaxamento pélvico, principalmente incontinência de estresse, com base na condição perineal após o parto.<sup>10</sup>

Um grupo relatou que as mulheres com episiotomia tiveram maior perda de função do que as pacientes sem episiotomia com períneo intacto ou laceração espontânea (33% de perda no grupo episiotomia em comparação com perda de 20% no grupo não-episiotomia). Entretanto, este estudo mediu somente mulheres com episiotomia médio-lateral, considerada, geralmente, a técnica que causa mais dano perineal.<sup>10</sup>

Foi realizada uma análise no serviço obstétrico de um hospital universitário em Popayán, na Colômbia, aonde foi obtida uma amostra aleatória simples de 197 pacientes, em que 60 gestantes foram submetidas a episiotomia. Verificou-se que as pacientes com episiotomia apresentaram menor frequência de lacerações, em um comparativo de 3 no grupo episiotomia (5,26%) para 54 no grupo sem episiotomia (39,42%). Nos partos, 28,93% das mulheres apresentavam lacerações perineais, sendo 16,75% grau I, 11,68% grau II, grau III, sem casos grau IV. Não havia nenhum caso de infecção ou hemorragia após o parto. Nesta pesquisa a frequência de lacerações foi menor quando o procedimento foi realizado. A frequência de episiotomia encontrada no hospital em questão em 2016 foi de 30,45%.<sup>2</sup>

A episiotomia e as lacerações perineais de terceiro ou quarto graus estão significativamente associadas à incontinência anal, sendo o procedimento cirúrgico um fator de risco modificável.<sup>3,6</sup> Até 10% das pacientes com laceração perineal severa desenvolverá incontinência do

esfíncter anal.<sup>6</sup> A lesão desse esfíncter durante o parto vaginal é considerada um dos fatores de predisposição para a incontinência anal. Nenhum estudo incluído apoiou a episiotomia rotineira como uma intervenção protetora para incontinência anal.

As mulheres submetidas a uma episiotomia são 1,74 vezes mais propensas a ter incontinência anal do que as mulheres sem episiotomia. No segundo estudo a frequência de uma episiotomia realizada em trabalho de parto foi significativamente maior para as mulheres que apresentavam incontinência anal (85,7%) quando comparadas àquelas que não possuíam problemas com o esfíncter (53,4%). Os estudos restantes que examinaram a episiotomia como fator de risco não encontraram associação entre episiotomia e incontinência anal.<sup>3</sup>

O parto tem sido sugerido como o fator mais importante na patogênese do prolapso urogenital. Por isso, o efeito da episiotomia na função do assoalho pélvico tem sido investigado em vários estudos.

Algumas análises não associaram a diminuição de queixas relacionadas a disfunção do assoalho pélvico, como perda involuntária de urina, incontinência de fezes ou flatos e disfunção sexual. Observou-se que 38,2% das mulheres sem episiotomia e 32,0% das mulheres com episiotomia apresentaram o prolapso. Esse procedimento não teve efeito protetor nem causador sobre o prolapso, não sendo encontradas, portanto, relações estatisticamente significativas.<sup>18,19</sup>

Uma boa forma de abordar esta dúvida que persiste em alguns serviços, é a utilização de revisões sistemáticas publicadas recentemente. A primeira é de Moura et al.<sup>20</sup>, realizada em nosso país com busca na base de dados da SciELO, Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) para o período de 2004 a 2015. Foram selecionados 13 artigos após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão da amostra, e os resultados apontam que novos estudos devem oferecer as bases epistemológicas e epidemiológicas com evidências contra procedimentos que não contemplem a Prática Baseada em Evidência e os direitos humanos das mulheres. A episiotomia por indicação parece ser mais efetiva que a rotineira, mas a vontade da paciente deve ser respeitada (desde que bem informada).

A mesma conclusão vem do trabalho prospectivo de McLeold et al.<sup>21</sup>, cujo objetivo foi comparar os resultados maternos e neonatais do parto vaginal operatório em relação ao uso de episiotomia. Com projeto controlado randomizado em duas maternidades urbanas na Escócia e Inglaterra, sendo o desfecho primário a rotura do esfíncter anal (laceração de terceiro ou quarto grau), e os secundários foram hemorragia pós-parto, trauma neonatal e ao assoalho pélvico diagnosticados até 10 dias após o parto.

Em um grupo de 317 mulheres que necessitaram de cirurgia vaginal, 200 foram randomizados: 99 para uso rotineiro de episiotomia e 101 para uso restritivo. Houve pequenas diferenças nas taxas de rotura do esfíncter anal (8,1% de rotina versus 10,9% restritivo, OR 0,72, IC 95% 0,28-1,87), na hemorragia primária (36,4% de rotina versus 26,7% restritivo, OR 1,57, IC 95% 0,86-2,86). O trauma neonatal foi semelhante entre os dois grupos (45,5% de rotina versus 43,6% restritivo, OR 1,08, IC 95% 0,62-1,89). Este estudo piloto não fornece evidências conclusivas de que uma política de episiotomia de rotina é melhor ou pior do que uma política restritiva. Indicam que exigirá um tamanho de amostragem maior para informar uma rotina para prática clínica.<sup>21</sup>

Mais mulheres com OASIS relataram incontinência anal: 14 (38%) vs. 3 (8%)  $p = 0,05$  OR 4,66, IC 95% 1,34-16,33), além de mais problemas com o desejo sexual  $p = 0,02$  (OR 7,62, IC 95% 1,30-44,64) em comparação com mulheres sem OASIS. As mulheres com OASIS tiveram mais comprometimento anal e problemas sexuais do que aquelas sem OASIS. A episiotomia com características protetoras não foi associada com disfunções aumentadas.<sup>22</sup>

Na Espanha, a Estratégia de Assistência ao Parto Normal (SANC) promoveu um modelo de assistência, que respeita o processo fisiológico do parto e descarta intervenções de rotina desnecessárias, como episiotomias. Com um estudo transversal de todos os partos vaginais únicos, sem instrumento registrado na Catalunha em 2007, 2010 e 2012. Episiotomias e lesão perineal foram consideradas variáveis dependentes.<sup>23</sup>

A análise revelou uma diminuição estatisticamente significativa ( $P < 0,001$ ) no uso

de episiotomia na Catalunha. Os hospitais privados pareciam estar associados ao aumento da taxa de episiotomia em 2007 (OR = 1.099, IC: 1.057-1.142), 2010 (OR = 1.528, IC: 1.472-1.587) e 2012 (OR = 1.459, IC: 1.383-1.540) e menor taxa de trauma perineal grave em 2007 (OR = 0,164; IC: 0,095-0,283), 2010 (OR = 0,16; IC: 0,110-0,232) e 2012 (OR = 0,19, IC: 0,107-0,336). Os procedimentos de episiotomia durante o parto normal a termo na Catalunha diminuíram desde 2007. Os resultados do estudo mostram uma tendência estável de incidência abaixo de 1% para laceração perineal grave.<sup>23</sup>

Quando abordamos somente a incontinência urinária que aparece no futuro ginecológico das mulheres, e sua relação com o parto, lembramos artigos de Živković et al.<sup>24</sup> que concluíram, de acordo com a literatura disponível, que a episiotomia não protege contra o aparecimento de incontinência urinária de esforço; além disso, alguns a designam como fator de risco. Provavelmente a força muscular está diminuída em mulheres com episiotomia, possibilitando o desenvolvimento do fenômeno do relaxamento pélvico neste grupo.

Embora seja um problema comum, os estudos sobre sua incidência revelaram resultados conflitantes.

## CONCLUSÃO

A sintomatologia álgica é preponderante nas pacientes com episiotomia, evidenciando-se que esta deva estar restrita a casos específicos, já que quando feita seletivamente traz maiores benefícios em comparação com a conduta rotineira.

Nas pacientes onde a episiotomia não foi indicada, cerca de 30% apresentaram lacerações de trajeto, incluindo complicações graves envolvendo uretra e ânus.

A falta de conhecimento das mulheres sobre a episiotomia é nítida. Poucas mulheres sabem por que são submetidas ao procedimento e o aceitam como inevitável, sem questioná-lo.

Praticamente falando, também é provável que uma episiotomia signifique que as pacientes necessitem de um tempo de permanência maior no hospital. As mulheres com o períneo intacto, geralmente, têm alta mais rapidamente. Isso é mais conveniente em questão de infraestrutura e reduz os custos hospitalares.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por permitir que tudo isso acontecesse ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

Aos meus pais, que sempre me fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente.

Aos meus orientadores, Marcus Vasconcellos e Carlos Pereira Nunes, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

A esta universidade e seu corpo docente, que oportunizaram meu aprendizado neste curso.

E a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte de minha formação, o meu muito obrigada!

## REFERÊNCIAS

1. Chang S, Chen K, Lin H, Chao YY, Lai Y. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. *International Journal of Nursing Studies*.2011;48:409–418.
2. Mellizo-Gaviria AM, López-Veloz LM, Montoya-Mora R, Ortiz-Martínez RA, Gil-Walteros CC. Frequency of episiotomy and complications in the obstetrics servisse of Hospital Universitario San José, Popayán (Colombia), 2016. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2018;69: 88-97.
3. LaCross A, Groff M, Smaldone A. Obstetric Anal Sphincter Injury and Anal Incontinence Following Vaginal Birth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Midwifery Womens Health*. 2015; 60:37–47.
4. Schantz C, Sim KL, Ly EM, Barenes H, Sudaroth S, Goyet S. (2015) Reasons for routine episiotomy: A mixed-methods study in a large maternity hospital in Phnom Penh, Cambodia, *Reproductive Health Matters*, 23:45, 68-77.
5. Rodríguez MCB, Terceros LAC. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Rev Cient Cienc Med*. 2014; 17(2): 53-57.
6. Junior MDC, Júnior RP. Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2016; 38:301–307.
7. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD000081.
8. Mattar R, Aquino MMA, Mesquita MRS. A prática da episiotomia no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007; 29(1):1-2.
9. Arellano ES, Arrizón AV, Soberanis JL, Turanzas MC, Cruz JE, Andersson N. Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(1):44–51.
10. Fleming N, Newton ER, Roberts J. Changes in Postpartum Perineal Muscle Function in Women With and Without Episiotomies. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2003; 48(1): 53-59.
11. Necesalova P, Karbanova J, Rusavy Z, Pastor Z, Jansova M, Kalis V. Mediolateral versus lateral episiotomy and their effect on postpartum coital activity and dyspareunia rate 3 and 6 months postpartum. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2016; 1-6.
12. Prado DS, Mendes RB, Gurgel RQ, Barreto IDC, Bezerra FD, Cipolotti R, Gurgel RQ. Practices and obstetric interventions in women from a state in the Northeast of Brazil. *Rev Assoc Med Bras* 2017; 63(12):1039-1048.
13. Beleza ACS, Ferreira CHJ, Sousa L, Nakano MAS. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Rev Bras Enferm*.2012;65(2):264-8.
14. Chayachinda C, Titapant V, Ungkanungdech A. Dyspareunia and sexual dysfunction after vaginal delivery in Thai primiparous women with episiotomy. *J Sex Med* 2015;12:1275–1282.
15. Turmo M, Echevarria M, Rubio P, Almeida C. Cronificación del dolor tras episiotomía. *Rev Esp Anestesiología Reanim*. 2015;62:436-442.
16. Bertozzi S, Londero AP, Fruscalzo A, Driul L, Delneri C, Benedetto P et al. Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study. *BMC Women's Health*.2011;11:12-19.
17. Yamasato K, Huegel B, Durbin M, Ashton M, Burlingamer JM. Restricted episiotomy use and maternal and neonatal injuries: a retrospective cohort study. *Arch Gynecol Obstet*. 2017; DOI 10.1007/s00404-016-4154-2.
18. Aytan H, Tok EC, Ertunc D, Yasa O. The Effect of Episiotomy on Pelvic Organ Prolapse

Assessed by Pelvic Organ Prolapse Quantification System. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2013; 1- 9.

19. Amorim MM, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reprod Health*.2017;14:55.DOI 10.1186/s12978-017-0315-4.-

20. Moura LBA, Prieto LNT, Gerk MAS. A episiotomia de rotina é uma prática baseada em evidencias? *Cuid. Enfermagem*. 2017; 11 (2): 269-73.

21. Murphy DJ, Macleod M, Bahal R, Goyder K, Howart L, Stranchan B.A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. *Br J Obstet Gynecol*.DOI:10.1111/j.14710528.2008.01960.

22. Stedenfelt M, Pirhonen J, Blix E, Wilsgaard T, Barthold V, Oian P.Anal incontinence, urinary incontinence and sexual problems in primiparous women – a comparison between women with episiotomy only and women with episiotomy and obstetric anal sphincter injury. *BMC Women's Health*.2014;14:157-62.

23. Escuriet R, Pueyo MJ, Perez-Botella M, Espada X, Salgado I, Gomez A et al. Cross-sectional study comparing public and private hospitals in Catalonia: Is the practice of routine episiotomy changing? *BMC Health Services Res*.2015;15:95.

24. Zivkovic K, Zivkovic N, Zupic T, Hodzi D, Mandi V, Oreskovic S. Effect of delivery and episiotomy on the emergence of urinary incontinence in women: review of literature. *Acta Clin Croat* 2016; 55:615-624.